

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FRACTURES DE LA VERGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 novembre 1931

PAR

René-Jean-Sylvain ROUGÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à LIMOUX (Aude), le 4 février 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FRACTURES DE LA VERGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 novembre 1931

PAR

René-Jean-Sylvain ROUGÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à LIMOUX (Aude), le 4 février 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOUIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE. — A MA MERE

Afin qu'ils trouvent ici l'expression
de toute mon affection et de ma reconnaissance.

A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,*

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En hommage déferent.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FRACTURES DE LA VERGE

AVANT-PROPOS

A la suite d'une observation faite sur un cas de fracture de la verge par M. le docteur Blanc et nous inspirant de celle-ci, ainsi que d'une seconde, due à l'obligeance de M. le professeur Chavannaz, nous avons cru intéressant de rapporter ces faits et d'en faire le sujet de notre thèse.

Venant après les travaux de maîtres distingués, notre travail paraîtra sans doute d'une essence bien modeste. Nous avons osé néanmoins donner corps à notre sujet en sollicitant l'indulgence pour les modestes efforts apportés à cet ouvrage.

Les fractures de la verge ne font pas partie du domaine courant des accidents habituellement observés. Nous avons eu la bonne fortune de recueillir entre temps une observation nouvelle qui contribua grandement à nous faire poursuivre notre tâche.

Nous demandons à M. le professeur Duvergey, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, de recevoir ici le témoignage de notre gratitude.

HISTORIQUE

Il est remarquable de constater combien il est peu d'observations portant sur les fractures de la verge, organe qui joue cependant un rôle prépondérant dans la vie de l'homme. Les lésions que nous nous proposons d'envisager ont été, il faut l'avouer, peu étudiées jusqu'aux temps modernes. L'histoire de la médecine ne nous donne guère qu'une observation d'Ambroise Paré, relatant simplement et brièvement un cas de rupture des corps caverneux.

Depuis, de pareilles relations se sont faites de plus en plus rares et l'affection a paru même tomber dans le domaine de l'oubli.

La question paraît cependant préoccuper un peu plus l'esprit des auteurs du ^{xvii}^e siècle : pour eux, la fracture de la verge est encore une rareté, observée dans des conditions spéciales sur lesquelles ils ne s'appesantissent pas, au point de n'attacher aucune importance à des lésions qui mériteraient cependant d'attirer toute leur attention.

Et c'est ainsi que, jouissant presque du discrédit du corps médical, les fractures de la verge passent inaperçues pendant un bon siècle, pour attirer enfin sur elles l'attention des praticiens. Ce n'est qu'avec les temps modernes et grâce surtout à l'impulsion donnée par les Ecoles américaine et allemande que la question est à nouveau remise à l'ordre du jour. L'Ecole française, qui jusqu'alors avait négligé (on ne sait au juste pourquoi) de s'occuper de tels accidents, semble devoir tirer de l'oubli une question dont les descriptions étaient l'apanage des Américains et Allemands, et, avec Demarquay, Reclus et autres, attire l'attention de ce côté-là.

Il paraît évident que les cas de rupture des corps caverneux

sont assez rares, et peut-être est-ce à cette rareté relative des observations que nous devons l'indifférence des vieux auteurs. C'est pourquoi, frappé par le peu d'importance que l'on accordait à une région dont l'atteinte peut avoir un fâcheux retentissement sur l'état général et psychique d'un sujet qui ne demande qu'à reprendre une vie normale qu'un accident a momentanément supprimée, nous avons cru intéressant d'apporter la modeste contribution de notre travail à un sujet aussi délicat.

OBSERVATION PRINCEPS

Inédite

(H. BLANC et DUROSELLE.)

Hématome enkysté des corps caverneux.

Résection et suture. — Guérison.

M. M..., 25 ans, est adressé le 24 avril 1930 à l'un de nous par son médecin, le Docteur Bonneau, de Ruffec (Charente), parce qu'il a reçu un mois auparavant, au cours d'une rixe, un violent coup de pied au niveau de la région pénoscrotale. A la suite du traumatisme, il s'est produit une urétrorragie immédiate, abondante, qui a duré quatre jours, avec une ecchymose pénienne étendue. A ce moment-là, les mictions demeurèrent possibles, quoique difficiles et douloureuses, puis la disurie s'est accentuée. Depuis le traumatisme, le malade n'a plus d'érections normales : l'érection commence, puis s'arrête aussitôt, s'accompagnant de douleurs vives dans toute la verge. Le coït est rigoureusement impossible, et le malade est très affecté de son infirmité, incompatible chez ce garçon sain et vigoureux avec une vie normale, et qui brise par ailleurs des projets matrimoniaux.

C'est dans ces conditions qu'il nous est adressé. A l'examen, on constate au niveau de la région pénoscrotale un bloc fibreux constituant, au niveau du corps caverneux gauche, un noyau volumineux de cavernite scléreuse, cicatricielle vraisemblablement. Par contre, l'urètre est libre, et un béniqué 36 passe sans aucune difficulté.

Nous portons le diagnostic rétrospectif de rupture de la verge avec rupture incomplète, probablement partielle, de l'urètre.

Nous décidons alors d'intervenir pour essayer de rétablir chez le malade les fonctions génitales, rendues impossibles, et le pré-

servir aussi d'un état psychopathique qui commence à apparaître chez lui, et qui menace de prendre une fâcheuse extension.

Nous intervenons donc, nous proposant d'enlever le bloc fibreux pénéo-scrotal, tout en réservant l'avenir et sans vouloir promettre le retour normal des érections. Nous savons, en effet, qu'il faut être prudent en la matière, et nous craignons en définitive, *a priori*, qu'une intervention portant sur les corps caverneux ne compromette à tout jamais leur fonctionnement. Cependant, comme il faut bien essayer de guérir ce jeune malade d'une infirmité grave de conséquences, nous nous décidons à l'intervention.

Opération le 8 mai (Dr Blanc), sous anesthésie générale à l'éther.

Le malade est mis en position de la taille périnéale.

Une sonde 18 est introduite dans l'urètre pour repérage.

Incision médiane pénéo-scrotale. Dissection du corps caverneux gauche, qui est libéré et au niveau duquel on sent une masse dure donnant l'impression d'une grosse noisette enchâssée dans l'organe.

Le corps caverneux est incisé transversalement, après hémostase par deux pinces en avant et en arrière de la tumeur. Le bistouri donne issue à un liquide chocolat, épais, qui n'est autre qu'un hématome enkysté qui s'évacue, et qui était contenu dans une poche à parois fibreuses et épaisses. La cavité allongée dans le sens longitudinal a le volume d'une olive.

Les parois du pseudo-kyste sont réséquées complètement et le corps caverneux est réséqué au niveau de la lésion, les deux bouts antérieur et postérieur étant entièrement libérés. Puis une suture des deux bouts est pratiquée par quatre points séparés profonds de catgut, en prenant en même temps toute l'épaisseur du corps caverneux dont la gaine est suturée ensuite par-dessus.

Les enveloppes de la verge sont reconstituées anatomiquement et l'incision refermée d'un drainage.

Les suites opératoires sont normales et le malade regagne son domicile le sixième jour. Quant au résultat éloigné que nous appréhendions très légitimement, il dépasse nos espérances puisque le médecin du malade pouvait écrire le mois suivant :

« J'ai le plaisir de vous informer que votre intervention sur M..., a donné un résultat au delà de toute attente. L'érection est revenue à tel point que votre opéré va régulariser une situation et convoler en justes noces dans le courant du mois prochain. »

Nous avons eu nous-même ultérieurement des nouvelles du malade qui nous fit part de sa récupération fonctionnelle absolue et totale au point de vue génital.

Cette observation nous semble extrêmement intéressante et tout à fait instructive.

D'abord, sa rareté à elle seule méritait qu'elle fût rapportée. En effet, la rupture de la verge, c'est-à-dire, selon la définition « la déchirure sous-cutanée de l'enveloppe et de la substance des corps caverneux produite par une flexion de la verge en érection ou une pression de la verge exercée sur elle en ce moment », est extrêmement rare et les cas publiés se comptent.

D'autre part, il est classique d'admettre, et c'est écrit dans tous les livres, que cet accident ne se produit exclusivement que dans l'érection et généralement au cours du coït. Nous n'avons trouvé nulle part mention d'une rupture de la verge à l'état normal et à la suite d'un traumatisme tel que celui subi par notre malade.

Enfin l'anatomie pathologique de la rupture de la verge, si nous en croyons du moins les traités classiques, nous est connue par l'unique autopsie qui fut faite dans une observation de Huguier, qui nota une déchirure de la capsule des corps caverneux et un large extravasat sanguin.

Nous n'avons pas connaissance qu'une intervention chirurgicale ait jamais été pratiquée dans un cas de rupture de la verge.

Marion écrit à ce sujet « qu'il y aurait intérêt au moment de l'accident à aller évacuer l'épanchement de sang et suturer l'enveloppe des corps caverneux. La chose n'a jamais été faite, mais ce serait certainement le meilleur moyen d'éviter les conséquences ultérieures de la rupture ».

Legueu pense au contraire que cette conduite ne mettrait pas à l'abri de la déviation consécutive. Pour ce qui est de la pathogénie, les auteurs qui ont abordé la question (Demarquay, Witner) pensent que la rupture de la verge implique une altération préalable des corps caverneux, une dégénérescence antérieure et spéciale des corps caverneux et de leurs parois.

Notre observation montre incontestablement qu'il n'en est rien, puisqu'il s'agit, contrairement à tous les cas publiés jusqu'ici, d'une rupture chez un homme jeune, non atteint de rétrécissement urétral, ni d'aucune tare locale ni générale, survenue par traumatisme en dehors de toute érection.

Un deuxième point, extrêmement important, concerne l'intervention thérapeutique que nous avons appliquée à la lésion, à savoir la résection de la portion du corps caverneux qui était le siège d'un hématome enkysté entouré d'une coque fibreuse, pseudo-kyste hémattique avec suture et *restitutio ad integrum* anatomiquement et physiologiquement.

Alors donc que la section des corps caverneux semble devoir interrompre son système circulatoire et sa neurotrophie, notre observation montre irréfutablement qu'un corps caverneux peut être sectionné complètement puis suturé sans dommages. La reproduction du tissu aréolaire est extrêmement rapide, son élasticité rend négligeable une perte de substance pas trop considérable et enfin la section des plexus sensitifs périartériels ou des terminaisons motrices du système cérébro-spinal n'influencent en rien par la suite son équilibre fonctionnel.

C'est là, à notre avis, une constatation tout à fait instructive qui permet d'envisager avec intérêt et confiance la chirurgie du pénis.

(Cette observation, encore inédite, a été adressée à la Société française d'urologie par le docteur H. Blanc, de Bordeaux, en novembre 1931.)

DEFINITION

Bergmān et Bruns rappellent avec raison que, dans le pénis, il n'y a pas de traces osseuses susceptibles de mériter à une telle lésion l'appellation de fracture. Le terme fracture est donc impropre, et il vaudrait beaucoup mieux le remplacer par celui de rupture, qui se rapprocherait de la réalité et conserverait à la lésion ses caractères anatomiques. Cependant, en lui-même, le terme fracture conserve une certaine exactitude, car, pendant l'érection et lorsque se produit un traumatisme, le pénis offre les mêmes caractères qu'un organe à consistance squelettique. Dans l'érection complète, la rigidité et l'inflexibilité des corps caverneux se rapprochent beaucoup de la fragilité osseuse : d'où, par analogie, le terme de fracture. Il y a loin cependant de cet état à celui que présentent certains animaux, les jeunes taureaux, par exemple, chez lesquels le coït est rapide et impétueux : aussi signale-t-on chez eux de véritables cas de fractures (Gunter : *Untersuchungen und Erfahrungen um Gebiete der Anatomie, Physiologie und Thierarznei-Kunde*, p. 55, Hanovre, 1837). Dans la collection anatomique de Grœnningen (Kobelt, *Sens génital*, p. 66), il existe un os du corps de la verge, long de 60 centimètres, provenant d'un morse. Cet os avait été fracturé par le milieu et s'était de nouveau réuni par un cal.

L'homme ne présente que pathologiquement une semblable disposition anatomique (ossification du pénis) : la véritable fracture, si elle se produit, ne serait que la complication d'un état pathologique préexistant.

D'autre part, enfin, si l'on considère la courbure d'angle qu'assument les deux segments pénien après le traumatisme, le terme fracture paraît assez bien justifié quant aux

caractères de ressemblance qu'il présente avec les véritables fractures.

Mécanisme de production.

RAPPEL ANATOMIQUE DU PÉNIS.

La verge est essentiellement constituée par deux plans, étagés de la superficie vers la profondeur.

1° Le premier, superficiel, est formé par le revêtement cutané, les tissus musculaux, cellulaire et élastique, constituant par leur ensemble les enveloppes de la verge.

Dans ce plan superficiel circulent les vaisseaux (artères et veines superficielles : veine dorsale superficielle, veine dorsale profonde, artères dorsales) et les nerfs dorsaux.

2° Le deuxième, profond, est essentiellement constitué par les organes dits érectiles, au nombre de trois : les deux corps caverneux, appartenant en propre à la verge, le corps spongieux, dépendance de l'urètre.

Les corps caverneux et spongieux sont constitués par un tissu composé d'une multitude de trabécules fibreuses se croisant en tout sens et se fixant à une tunique fibreuse qui leur sert d'enveloppe, et appelée albuginée. Ce tissu, appelé spongieux à cause de son aspect aréolaire, est un mélange de fibres cellulaires, élastiques et musculaires lisses. Composant la totalité des corps caverneux, le tissu érectile est doublé extérieurement de l'albuginée. Celle-ci est à la fois très extensible, très élastique et très résistante, malgré sa minceur relative : elle supporte sans se rompre des poids considérables. Son épaisseur, la verge étant en état de flaccidité, varie de 1 à 2 millimètres. Au moment de l'érection, elle s'amincit progressivement, jusqu'à atteindre l'épaisseur de 1/2 millimètre lorsque l'érection est complète. Entourant complètement les corps caverneux, elle les sépare sur leur partie médiane par une cloison, appelée albuginée médiane ou cloison pectiniforme, permettant néanmoins l'échange sanguin entre les deux corps caverneux par d'étroites fentes dispo-

sées sur toute sa longueur. Enfin, de l'albuginée se détachent des travées fibreuses en très grand nombre qui, par leurs anastomoses, forment les alvéoles du tissu caverneux.

L'albuginée, par sa structure même et sa disposition anatomique, peut être comparée à une véritable charpente squelettique de la verge.

VAISSEAUX DE LA VERGE. — Les artères sont fournies par la honteuse interne, branche terminale de l'hypogastrique.

La honteuse interne fournit l'artère bulbeuse, et se termine en donnant l'artère caverneuse et la dorsale de la verge.

Toutes ces artères, après avoir fourni diverses branches et s'être ramifiées, se terminent en donnant des touffes de ramuscules soit dans les aréoles du corps spongieux, soit dans celles des corps caverneux. Ces divisions artérielles sont très riches en fibres musculaires et jouent le principal rôle dans le phénomène de l'érection.

Les veines forment, comme les artères, dans les corps caverneux un système important. Dans les corps caverneux et spongieux, les veines naissent des capillaires qui baignent dans les aréoles. Des aréoles des corps caverneux où de gros capillaires se terminent, naissent les veines qui parcourent la cloison et la paroi des corps caverneux et se rendent les unes dans les veines superficielles, les autres dans des plexus veineux profonds. Toutes ces veines se réunissent soit pour former la veine dorsale, soit pour se rendre dans le plexus de Santorini, soit dans les veines honteuses internes.

NERFS. — Les nerfs de la verge appartiennent au système rachidien. Ils sont formés essentiellement par deux branches provenant du nerf honteux interne.

1° L'une supérieure, suivant la direction de l'artère dorsale et se terminant dans le gland, après avoir abandonné de nombreuses branches aux corps caverneux et spongieux, à la muqueuse de l'urètre;

2° L'autre inférieure, fournissant des filets nerveux à la face inférieure du pénis, aux muscles de l'urètre et à la muqueuse.

Les organes érectiles, comme leur nom l'indique, sont susceptibles d'entrer en érection et ils ont pour attribut de donner à la verge la rigidité qui lui est nécessaire pour l'acte de la copulation.

Mécanisme de l'érection.

L'excitation des nerfs érecteurs, qui sont vaso-dilatateurs, provoque la réplétion des petites cavernes spongieuses. Il se produit une distension extrême de tous les tissus ainsi que des artères hélicines, terminaison des principales artères de la verge dans les corps spongieux. L'albuginée prend part également à cette distension. D'après Henlé, dans le phénomène de l'érection, elle subirait une réduction minimum d'épaisseur allant jusqu'à 0 mm. 25. Il y aurait de même, d'après Bramann, réduction d'épaisseur et distension extrême des fibres aréolaires, prolongement de l'albuginée, squelette du pénis.

Mécanisme de la rupture en état d'érection.

D'après les données précédentes, nous savons qu'il y a plénitude extrême des organes contractiles en même temps que distension et réduction maxima de l'albuginée. Si une force agit suivant un sens oblique à l'axe du pénis d'avant en arrière (cas d'un coït brutal, obstacle à l'intromission : vagin étroit ou trop court, cloisonnement du vagin par un diaphragme), celle-ci ne se répartit plus uniformément sur tous les points du pénis, comme dans un coït normal, mais agit avec prédilection en un point de l'organe. La résistance de celui-ci, de ses membranes distendues à l'extrême et réduites à leur strict minimum d'épaisseur, viendra à fléchir : la limite de l'élasticité et de la résistance étant dépassée, il y aura lacération des travées fibreuses, suivie d'une lacération de l'albuginée avec extravasation sanguine dans le tissu cellulaire sus-jacent. Ce mécanisme explique bien la production d'une rupture du pénis celui-ci étant en érection. Mais nous savons qu'à côté des fractures produites dans

l'érection il existe des cas de ruptures se produisant à la suite, par exemple, d'un traumatisme portant sur la verge alors que celle-ci se trouvait en état complet de flaccidité. On ne voit pas alors comment une pareille lésion peut se produire lorsque le pénis, en état de relâchement absolu, vient à recevoir un traumatisme. La plupart des auteurs, et J.-N. Demarquay en particulier, sont unanimes à reconnaître alors que la rupture du pénis ne saurait avoir lieu si celui-ci et ses tissus constitutants n'ont pas acquis une rigidité extrême, capable de transformer l'organe en une masse turgescente, solide et désormais incapable de subir la moindre incurvation.

Et c'est pour expliquer l'apparition de semblables lésions dans le cas de rupture du pénis, celui-ci étant en état complet de déplétion, de flaccidité, que de nombreux auteurs ont avancé des raisons d'ordre anatomo-pathologique facilitant la rupture dans un cas, la déterminant dans l'autre. Beaucoup partagent cette façon de voir et trouvent là une explication naturelle. Lenhossek et Kaufmann ont observé des calcifications et des ossifications de l'albuginée, spécialement au niveau de la cloison séparant les deux corps caverneux. D'autres ont avancé que de semblables formations produisaient habituellement l'induration du pénis, qui empêcherait précisément la complète distension de l'albuginée et des travées lamelliformes.

Demarquay est d'avis qu'une pareille lésion peut être favorisée par une sclérose de la tunique et des corps caverneux eux-mêmes. Il semblerait alors que l'artériosclérose doive jouer un grand rôle dans leur production. Mais les auteurs ont remarqué la fréquence des ruptures du pénis dans un âge où de telles scléroses sont rares.

Et cependant des transformations scléreuses des corps caverneux et de ses tuniques sont capables de fournir une explication logique de la lésion. Tuffier, dans son traité portant sur l'induration des corps caverneux, la met sur le compte d'une induration plastique d'origine non inflamma-

toire. En dehors des indurations d'origine nettement inflammatoire, telles que les cavernites chroniques succédant à une blennorrhagie, à un processus syphilitique ou tuberculeux, il est des indurations qui ne sont que l'exagération d'un processus physiologique qui, chez le vieillard par exemple et normalement, tend à accroître de plus en plus l'épaisseur et l'importance de la cloison fibreuse intercaverneuse. Certaines prédispositions individuelles sous la dépendance de certaines affections diathésiques, comme la goutte, l'arthritisme et, d'une façon générale, toutes les maladies par ralentissement de la nutrition, sembleraient favoriser cette induration et, par conséquent, en admettant leur rôle possible, favoriser la rupture du pénis.

Pour Guyon, l'état anatomique antérieur du pénis ne semble pas faire de doute : les inflammations des corps caverneux prédisposeraient à la fracture. Dans un cas décrit par lui, la fracture se serait produite au cours d'un coït opéré sans grand effort, chez un jeune sujet ayant souffert préalablement de nombreux rétrécissements urétraux et d'autres lésions post inflammatoires du pénis.

Enfin Marion, dans son *Traité d'urologie*, considère comme possible que d'anciennes inflammations de la verge prédisposent à la fracture.

On comprend aisément comment d'anciennes lésions portant sur l'albuginée et ses dépendances, sur les corps caverneux et ses aréoles, peuvent être à l'origine des ruptures de ceux-ci. Et cependant, dans la majorité des cas, on ne remarque rien d'anormal dans l'état antérieur du pénis, rien de suspect dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades. C'est sur ces constatations que se basent la plupart des auteurs pour avancer que les causes prédisposantes, si elles existent, n'ont aucun rôle dans la production des fractures.

Le traumatisme dans la fracture du pénis en érection ne fait aucun doute. Bergmann et Bruns, Le Dentu et Delbet, Duplay et Reclus, Marion, considèrent cette lésion comme

étant toujours le résultat de fausses manœuvres dans le coït ou la masturbation. De même, une forte striction s'exerçant autour de la verge en érection peut amener l'éclatement des corps caverneux, avec lacération de l'albuginée et épanchement sanguin dans les tissus cellulaires voisins.

Enfin, et c'est là la conclusion à laquelle se rallient la plupart des auteurs, la fracture, étant produite en majeure partie par la lacération de l'albuginée trop distendue, ne peut s'effectuer que pendant l'érection de la verge, et plus facilement lorsque celle-ci est au maximum, c'est-à-dire au moment qui précède l'éjaculation.

Causes.

D'après ce qui précède, il semble que le traumatisme soit toujours à l'origine des fractures. Ceci est incontestable et admis par tous. Cependant, si la majorité s'accorde à reconnaître le rôle prépondérant joué par l'érection dans la production de pareilles lésions, nous verrons par la suite que l'érection ne suffit pas par elle-même à provoquer la fracture et que, si, dans la plupart des cas, elle la conditionne en la précédant, on peut observer des fractures en son absence.

Il paraît également très difficile de recueillir exactement le récit des circonstances ayant déterminé des lésions de ce genre, qui semblent relever pour la plupart de manifestations érotiques anormales et souvent de psychopathies sexuelles. En effet, les malades souffrant de ces traumatismes ne sont pas facilement portés à les décrire, soit par un sentiment de pudeur bien naturel, soit parce que la cause de ces lésions reconnaisse des tentatives répugnantes.

D'une façon générale, après connaissance de cas les plus importants, et recueillis, l'origine de la fracture semble reconnaître deux causes :

- 1°) Le traumatisme, cause déterminante indispensable, sous n'importe quelle forme;
- 2° L'étroitesse du vagin.

Le traumatisme peut revêtir de nombreuses formes. Huquier, dans une de ses observations, nous apprend que le traumatisme fut déterminé par un choc du pénis contre le périnée de la femme, qui appuyait de tout son poids sur le pénis lui-même.

Dans un cas de Fioraventi, il s'agit d'un homme qui dans un coït pratiqué debout heurta brusquement de son pénis la face antérieure de la racine de la cuisse de la femme. De même dans un cas de Pietri où le patient buta contre le pubis de la femme.

Dans une publication de Rodolfo Redi, la lésion se produisit uniquement pour des raisons physiques, le malade ayant pesé de tout son poids sur le pénis même.

OBSERVATION II.

(Rodolfo REDI, assistant à l'Hôpital Santa Vordiana
Institut de clinique chirurgicale générale
de l'Université de Sienne.)

Sur un cas de fracture du pénis.

F... (G.-A.), 20 ans, originaire de Castelfiorentino, en congé de convalescence suites de pleurésie avec épanchement contracté au régiment. Le 21 juillet 1925 au soir, le malade se jette à plat ventre sur le lit, sa verge étant en érection. Il ressent immédiatement une douleur d'une intensité relative et une impression semblable à la rupture du membre. Pas de bruit, forte tuméfaction du pénis. La douleur se calmant il put dormir.

Le lendemain, constatant une énorme tuméfaction de la verge, le malade se présente à la consultation de l'hôpital de Sainte-Vordienne.

Inspection. — Sujet d'apparence normale et saine. Aucune trace de maladie antérieure, à part la pleurésie récente. Pas d'antécédents personnels, pas de maladies vénériennes, parents vivants et bien portants.

Examen de la verge :

Longueur, 18 centimètres;

Circonférence maxima, 18 centimètres;

Circonférence minima à la base, 15 centimètres.

Coloration. — Fortement cyanotique. Plus claire et tendant au rouge vers le prépuce. Le prépuce dépasse le gland de 5 centimètres et forme lèvre au-dessus, sur la face dorsale de la verge. Au-dessous il est mince et presque normal. A 7 centimètres de la base, étranglement déviant à droite l'organe. A ce niveau, la résistance à la palpation est augmentée, quasi ligneuse, tandis que partout ailleurs, au-dessus et au-dessous, la palpation est élastique.

Quelques jours après, l'extravasation étant en voie de résorption, indication nette d'une solution de continuité de l'albuginée et des corps caverneux. Presque pas de douleur, pas de réaction d'ordre général pendant la résorption, qui se fait lentement. Le volume du membre n'est pas redevenu encore normal au départ de l'hôpital, le 1^{er} août 1925.

Il n'y eut jamais ischurie ni hématurie.

Traitement. — Applications de glace, immobilisation ensuite dans des tubes de carton.

Le malade revient à la consultation trois mois après. Le pénis mesure 11 centimètres de long.

Circonférence moyenne : 10 cm. 5.

A 3 centimètres environ de l'extrémité du gland, la circonférence est plus grande et atteint 12 centimètres.

On remarque de plus : au même niveau à gauche, une grosseur d'environ 3 millimètres, n'expliquant pas l'augmentation du volume, étant compensée à droite par une excavation de profondeur concordante. Modification de la direction du membre, qui s'incline à droite à sa partie terminale.

Coloration, consistance, normales.

L'érection est complète, et, pendant celle-ci, correction dans la direction de l'axe.

Coût, érection, éjaculation, normaux.

Le coït et ses faux pas, les sentiments érotiques, particulièrement développés chez certains individus, l'ardeur apportée dans les rapports sexuels, sont également la plupart du temps à l'origine des ruptures de la verge.

La cause la moins rare réside dans le coït lui-même, soit que le blessé ait rencontré dans l'accomplissement de son acte des obstacles insurmontables, comme dans un cas relaté par Parker, soit qu'il ait subi une brusque pression pendant l'acte lui-même, alors que son pénis est en violente érection.

OBSERVATION III. (Inédite.)

(M. le Professeur CHAVANNAZ.)

M. X..., 32 ans. Il y a un peu plus d'un an, au cours du coït, au moment même de l'éjaculation, a eu la verge violemment serrée par sa femme. Il a eu, dit-il, à partir de ce moment, une induration qui, topographiquement, devait être située au niveau de l'urètre et qui a ensuite disparu, tandis que d'autres indurations se formaient à côté. Ces indurations sont allées depuis grossissant.

Au moment de l'examen, pratiqué quelque temps après l'accident, nous notons les détails suivants :

M. X... est un homme de bonne constitution; il a fait son service militaire sur le front français, n'est jamais allé dans les colonies. Il a été atteint par deux fois de rhumatisme articulaire.

Il a trois frères ou sœurs bien portants. Son père est mort d'un cancer au rein et sa mère rhumatisante. Son état général est bon, c'est un homme nerveux, à caractère un peu inquiet et à réflexes très vifs.

Examen de la verge. — Dans la région moyenne de la partie pendante de la verge, à droite et à gauche de l'urètre, il existe une induration du volume d'un haricot. La palpation de l'urètre ne permet de rien révéler; la miction et l'éjaculation ne sont pas gênées.

Grâce à l'obligeance de M. le docteur Sztark, qui revit le malade le 14 octobre 1931, nous avons pu recueillir les renseignements suivants :

M. X... présentait encore à cette date une petite masse indurée au niveau des corps caverneux.

Pendant toute la durée du traitement, qui consista en applications de pansements résolutifs, pommades et diathermie même, la douleur ne faisait qu'augmenter et le noyau induré avait tendance à progresser.

Depuis la cessation de tout traitement, l'induration a presque disparu; le malade est en excellent état et ne présente aucun trouble.

Des plaisirs d'un autre ordre que le coït, mais dans lesquels le mécanisme de la rupture est le même, peuvent donner naissance à une telle lésion. Blandin a eu l'occasion d'observer un blessé dont l'histoire fort obscure lui avait fait dire que le malade s'était livré à des plaisirs que la honte avait empêché d'avouer.

OBSERVATION IV.

(BLANDIN, *Gazette des hôpitaux*, 1837, p. 246.)

B... (N.), corroyeur, âgé de 32 ans, d'une constitution athlétique, racontait seulement en effet que, le 13 mai 1837, au matin, au moment de sortir de chez lui pour faire une longue course, il avait placé sa verge alors en érection, au côté gauche de son pantalon. En revenant, il s'était aperçu, dit-il, que le pénis avait grossi : il avait éprouvé en même temps un malaise résultant de la distension de la peau. S'examinant alors, il avait constaté une augmentation considérable du volume de l'organe, qui avait pris une teinte violacée et dans quelques points était devenu noir comme de l'encre. L'effroi l'avait aussitôt conduit à l'Hôtel-Dieu, où, sans doute, il n'avait pas avoué toute la vérité.

Voici également une autre observation, due au docteur Alivazatos, dans laquelle il s'agit d'une fracture occasionnée par un plaisir différent du coït. Il s'agit encore d'un ouvrier du cuir — et l'on pourrait se demander si la corporation des travailleurs du cuir est destinée plus que toute autre à four-

nir des cas de fractures provoqués par certains actes qui ne font cependant pas partie de leur labeur quotidien — il s'agit donc d'un cordonnier qui se fractura la verge en exerçant sur elle des pressions par trop répétées et dont le résultat fut un éclatement de l'organe :

OBSERVATION V.

(Docteur ALIVAZATOS, Société de Chirurgie, 15 févr. 1911.)

Le cordonnier C... (A.), âgé de 30 ans, vient consulter au mois de novembre dernier pour un accident qui venait de lui arriver quelque temps avant son entrée à la Polyclinique. Ce malade avait l'habitude de se masturber chaque matin en se levant. Le jour de son accident, au moment de l'éjaculation, ayant pressé brusquement et fortement la verge entre ses mains, il sentit immédiatement une douleur très vive : en même temps, il entendit un bruit sec, analogue à la rupture d'une baguette de verre. L'éjaculation ainsi que l'érection cessèrent aussitôt; la verge s'est courbée à angle aigu, elle est devenue violacée, flasque, molle et pendante, et fut envahie par un gonflement mou donnant la sensation d'une crépitation sanguine.

Examen. — 1° Du côté de l'urètre, rien de particulier : pas d'urétrorragie, la miction se fait régulièrement; 2° à la réunion des deux tiers postérieurs et du tiers antérieur de la verge un sillon transversal d'une longueur de 2 cm. 5 à 3 centimètres, permettant à la verge des mouvements anormaux de flexion et d'extension.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler, excepté un léger état arthritique. Devant ces quatre symptômes, douleur vive et brusque, sensation d'un bruit sec, sillon transversal et mouvements anormaux, le diagnostic de rupture sous albuginée est porté.

Traitement. — Immobilisation de la verge dans une petite gouttière en carton, applications de compresses froides.

Le soir même de l'accident : persistance de souffrances, vaste ecchymose s'étendant sur les bourses et la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. D'après la structure anatomique des corps ca-

verneux l'étendue de l'hématome est explicable : la rupture des aréoles produit une hémorragie très abondante, le sang s'infiltré par rupture de l'albuginée et du fascia pénis dans le tissu cellulaire voisin, scrotum, région hypogastrique.

Pour arrêter la marche envahissante de l'hématome ainsi que la production tardive du tissu fibreux consécutive à l'accumulation du sang dans les tissus et qui auraient amené un obstacle réel à l'érection, intervention :

Anesthésie intrarachidienne et stovaïne de 0 cc. 03.

Incision de 3 centimètres, parallèle au sillon de la rupture, ouvrant ainsi le foyer de fracture.

Nettoyage du foyer de rupture : on enlève les caillots, ce qui permet de voir une rupture totale des deux corps caverneux, qui continuaient de saigner.

Le corps spongieux est à peine éraillé.

Par trois sutures au catgut, on réunit le foyer de la rupture, arrêtant en même temps l'hémorragie, puis fermeture de l'incision cutanée par un surjet au catgut.

Pansement aseptique et immobilisation du pénis dans une gouttière en carton.

Les suites postopératoires furent normales et la réunion par première intention fut complète le dixième jour.

Les premiers jours de l'opération, l'érection se faisait rien qu'à la partie postérieure, tandis que la partie antérieure de la verge restait flasque.

Mais, au fur et à mesure de la consolidation, la partie antérieure de la verge commençait petit à petit à prendre part à l'érection, de sorte que le huitième jour après l'intervention l'érection se faisait en deux temps, c'est-à-dire qu'après l'érection de la partie postérieure se faisait l'érection de la partie antérieure.

Vers le vingtième jour, érection complète et simultanée. Depuis le malade ne présente aucun trouble dans l'érection, l'éjaculation, etc.

Le traumatisme, dans la plupart des cas, se produit dans des circonstances telles que la fracture est à peu près inévi-

table. L'érection favorise beaucoup la production d'une semblable lésion si elle ne la conditionne pas. Si, dans cet état, le pénis vient à subir l'action d'une force étrangère dont l'intensité est relativement grande, on voit, à coup sûr se produire la rupture, car toutes les conditions favorisantes se trouvent alors réunies et par leur ensemble contribuent à la déterminer.

OBSERVATION VI (Personnelle).

M. X..., âgé de 23 ans 1/2, maître d'internat au Collège de X..., est allé, le 13 mai 1930, consulter un médecin pour un accident survenu à sa verge dans la nuit du 12 mai.

Il dormait profondément, allongé sur son dos, lorsqu'il fut réveillé en sursaut par le cri d'un jeune élève dont il avait la garde dans le dortoir de l'établissement. Il se leva et, se rendant compte de l'insignifiance de l'émoi du jeune élève, se recoucha aussitôt. Mais pendant ce laps de temps si court, il sentit sa verge, déjà en état de rigidité, entrer en érection plus forte encore, les vaisseaux si gonflés de sang, dit-il, qu'elle semblait prête à éclater.

Se jetant sur son lit, il appuya de tout son poids sur le côté droit, position de prédilection pour s'endormir. Brusquement, sa verge butant contre le plan du lit, il sentit une vive douleur dans son pénis, à 1 centimètre environ du pli de l'aîne gauche, avec la sensation d'une rupture tout à fait comparable à la cassure d'une règle en bois. Il eut ensuite l'impression que du sang coulait dans l'épaisseur de son organe, pour former la collection de la grosseur d'un œuf environ au niveau du point douloureux. Après quoi, cette hémorragie s'arrêta d'elle-même. Sa verge prit aussitôt des proportions considérables. Il attendit, plein d'inquiétude, le réveil des élèves.

Sa verge présentait à ce moment un aspect noirâtre, violacé, semblable, nous-dit-il, à du sang coagulé.

Le médecin consulté ordonna le repos et le fit entrer à l'hôpital de la ville où il demeurait. Ce jeune étudiant, par ailleurs bien portant, dit avoir eu, il y a quelques années, une blennorragie. Le traitement institué par le médecin qui le vit le premier consista

uniquement en bains de siège chauds et l'immobilité absolue. Après huit à neuf jours de traitement, le jeune malade quitta l'hôpital pour se rendre chez lui. Le médecin de famille, consulté de nouveau, conclut à une imprudence de voyage, fit prolonger une demande de congé jusqu'au 28 mai avec ordre de garder la chaise longue. A cette date, il put reprendre normalement son service, mais longtemps encore, plusieurs semaines durant, sa verge garda son aspect noirâtre et légèrement œdématié. Depuis, le jeune malade a retrouvé l'intégrité complète, il ne ressent plus aucune gêne et a presque perdu le souvenir de son accident.

OBSERVATION VII.

(*Gazette des hôpitaux*, 1852, p. 155, et *Dublin Medical Press*, 1851.)
Rôle du traumatisme dans la fracture de la verge en état d'érection.

A... (B.), jeune homme récemment marié, était depuis quelques jours accidentellement séparé de sa femme. Un matin, éveillé en sursaut et voulant s'habiller à la hâte, il saute précipitamment hors de son lit. Il le fit si malheureusement qu'il alla butter contre la colonne de son lit. Son pénis, en ce moment en vigoureuse érection, reçut toute la violence du choc. Il sentit immédiatement un bruit sec, comme si quelque chose se rompait, et la verge devint aussitôt plus souple. Il crut tout de suite s'être fracturé le pénis. Une extravasation de sang suivit immédiatement cette contusion : la verge acquit rapidement un volume double ou triple de celui de l'état normal. Sa couleur devint livide : l'organe prit un aspect effrayant. L'anxiété du malade était à son comble. Augmentation de la tuméfaction pendant plus de vingt-quatre heures. Elle devint telle que le prépuce se rabattit autour du gland comme dans les infiltrations séreuses ou urinaires de cette région.

Repos absolu au lit ordonné, traitement antiphlogistique conseillé. Le pénis fut maintenu contre le pubis et incessamment recouvert d'applications froides.

Sous l'influence de ce simple traitement, au bout de quelques jours la résorption sanguine s'effectua spontanément. La résolution fut rapidement complète et le membre recouvra vite sa configuration et ses fonctions normales.

OBSERVATION VIII.

(*American Journal of the Medical Sciences*,
vol. IV, 1842, p. 85.)

Un homme mince, bien portant, âgé de 27 ans, sentit pendant le coït, et juste avant l'orgasme vénérien, que quelque chose se relâchait dans son pénis. Le sperme fut éjaculé néanmoins, mais, il faut le dire, sans ardeur ni plaisir; la verge se détendit tout aussitôt. Elle se décolora, tout en restant volumineuse et pendante.

Le blessé se promena une demi-heure environ, ne ressentant que peu de douleur, mais éprouvant un sentiment de lourdeur et de plénitude locale qui le surprenait fort.

C'est au bout de ce temps que j'examinai le malade : le pénis était distendu par du sang veineux à la face dorsale et latérale, à gauche et autour du prépuce. Le gonflement entourait toute la verge, à sa base aussi bien qu'au niveau du prépuce, et lui donnait un volume supérieur à celui de l'organe en pleine érection.

Il n'y avait ni douleur ni difficulté à la miction.

L'extravasation sanguine continua pendant une heure environ.

Je pratiquai des incisions le long de la face dorsale du pénis. L'hémorragie ne se renouvela pas.

J'instituai un traitement externe approprié.

L'état normal aussi bien que général alla s'améliorant, et au bout de deux mois le malade, guéri, quittait mon service.

Jusqu'ici, le traumatisme s'est toujours accompagné d'érection de la verge et la fracture s'est produite soit par exagération de courbure, soit par exagération de pression en un point quelconque. Il est cependant des cas où le traumatisme agit seul et où n'entre pas en jeu l'érection. La cause principale de la rupture reconnaît alors le choc violent appliquant la verge contre un plan résistant formé par les parties molles du bassin, doublé en dedans par le revêtement osseux que lui forme la symphyse pubienne. Faut-il voir dans ces états de

flaccidité complète de l'organe où il y a contusion de la verge s'accompagnant d'une lacération de l'albuginée avec éclatement partiel ou total des corps caverneux, une lésion organique préexistante, facilitant l'action du choc ? Si l'on s'en rapporte aux cas observés, à l'histoire et aux antécédents du malade, il semble qu'on ne doive rien retenir de ces notions. Et cependant, comment expliquer, dans ces conditions où l'organe se trouve dans un état de réplétion telle qu'il est capable de fuir sous le choc, d'épouser toutes les déformations qui le préserveront de la déchirure, la production d'une fracture ? Tel est pourtant le cas du malade qui a été le point de départ de l'observation du Docteur Blanc, observation princeps origine de notre travail.

Parmi les causes déterminantes le traumatisme occupe, nous l'avons vu, le premier plan. A côté il est également des causes d'origine vaginale qui peuvent, dans certains cas, être à l'origine d'une fracture. Certains auteurs, comme Richet, Deguise, Parker, citent comme causes déterminantes l'étroitesse du vagin, les malformations congénitales modifiant l'anatomie de ce conduit, les obstacles rencontrés au cours de rapprochements particulièrement pénibles. Parker cite le cas d'un jeune homme qui vint le trouver à ce propos.

OBSERVATION IX.

(*Gazette médicale*, 1849, p. 928.)

Un jeune homme de Canton (Chine) vint consulter Parker pour un accident survenu à sa verge. Marié depuis huit mois, il avait, dès la première nuit de ses noces, rencontré des obstacles insurmontables à l'accomplissement de ses devoirs d'époux. Dans un effort énergique et soutenu qu'il fit pour arriver à son but, il ressentit une violente douleur qui mit le holà à son ardeur génésique. Depuis lors, l'érection reste bornée à un demi-pouce du pénis, du côté de sa racine; l'extrémité antérieure de l'organe pend, molle et flasque.

Examen. — Espace transversal, bien limité dans la longueur du corps caverneux et situé à un demi-pouce du pubis.

En résumé, si l'on excepte certains actes répréhensibles, qui sont la minorité, les ruptures du pénis reconnaissent pour origine des causes relevant soit d'un traumatisme exercé directement sur l'organe, soit d'un obstacle du conduit vaginal.

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes qui révèlent la lésion sont variables. Ils varient d'abord avec le siège de la rupture, celle-ci pouvant uniquement intéresser un seul des corps caverneux. Dans ces conditions, le diagnostic de localisation peut se faire suivant la direction secondaire que prendra l'organe en érection. En effet, suivant que la solution de continuité siège sur l'un des corps caverneux, le pénis s'infléchit latéralement du côté où s'est produite la rupture.

Mais avant tout, le signe avertissant qu'il y a eu quelque chose d'anormal du côté de l'organe est surtout la douleur. La plupart des auteurs, s'en rapportant aux réponses fournies par leurs blessés, reconnaissent que cette douleur est vive, extrême : c'est elle qui éveille l'attention du sujet, lui faisant déjà prévoir le danger qu'il vient de courir. Elle est en général violente, subite, se produisant au niveau même de la rupture, et reste manifestement localisée en ce point.

Cependant on a remarqué des cas où cette douleur s'irradiait à distance, pouvant porter son action sur l'organisme en entier. Dans ces conditions, il semble qu'il faille faire une grande part à l'anxiété du malade, à son état d'esprit particulier, frappé par une telle découverte, qui le porte à grossir les faits. Le sujet éprouve une sorte de spasme général qui va grandissant, jusqu'à déterminer parfois une syncope. Dans cette généralisation, il semble que l'on doive incriminer l'influence du sympathique, agissant sur l'organisme par acte réflexe.

Par contre, si, dans la généralité des cas, la douleur est

le symptôme qui éveille l'attention du malade, il est des cas où elle est à peu près nulle, se traduisant simplement par une sensation de plénitude, de lourdeur, et n'obligeant pas le sujet d'interrompre ses occupations. L'exemple nous en est fourni par l'observation VIII, dans laquelle le blessé, après son accident, continua à vaquer à ses occupations et ne vint que fort tard à la consultation d'un médecin. La durée de la douleur est également variable. Mais il semble qu'elle disparaisse assez rapidement, en passant par divers degrés : elle diminue progressivement, puis rapidement, ne laissant après elle qu'un sentiment de gêne, de pesanteur.

Presque en même temps que se produit la douleur, le blessé perçoit un bruit particulier, caractéristique, d'après les classiques, de la rupture du pénis. C'est un bruit qui ressemble à celui produit par la brusque cassure d'une baguette de verre : il n'est d'ailleurs appréciable que par le malade lui-même. Il résulte de la déchirure brutale de la tunique fibreuse des corps caverneux, accompagnant en même temps celle des mailles formant les alvéoles de ce tissu : les corps caverneux, étant en état de réplétion absolue, distendus à l'extrême, acquièrent une rigidité considérable, qui leur donne la consistance d'un corps solide.

OBSERVATION X.

(Valentine Morr, *Hospital gazette New-York*, 1852-1879.)

B... (A.), jeune homme vivant à Berger (Nouvelle-Jersey), s'étant marié depuis peu, laissa sa femme peu de jours après cette cérémonie pour aller visiter ses parents, qui se trouvaient à quelques milles de là. Le nouveau marié, en se levant le matin, trouva son pénis distendu outre mesure. Dans sa précipitation à s'habiller, n'étant pas très calme avec cet état de choses et ne donnant pas un temps raisonnable à son pénis pour revenir à son état normal, il heurta violemment, par mégarde, un des montants du lit.

Au même instant, il entendit le bruit de quelque chose qui cassait et il survint immédiatement un état de mollesse extrême du membre.

Après avoir percuté le bois du lit, qui donnait un son différent, il en conclut que le bruit était dû à une fracture de son membre. Il en informa aussitôt sa famille en déclarant qu'il s'était fracturé le pénis. A la suite de la blessure, une extravasation considérable de sang se produisit dans la vergé, lui donnant une coloration noir sombre et un volume deux ou trois fois plus grand qu'à l'état normal.

Ce cortège effrayant de signes frappa l'esprit du malade et de ses amis. Les secours de l'art furent aussitôt réclamés, et vu la nouveauté du cas le bruit s'en répandit vite en ville.

En apprenant l'accident dont son mari venait d'être la victime, la jeune mariée s'écria ingénument que cela ne serait certainement pas arrivé s'il était resté chez elle.

La tuméfaction de l'organe continua pendant plus de vingt-quatre heures; le prépuce vint recouvrir le gland, comme dans le cas d'infiltration séreuse ou d'érysipèle de ces parties. On enjoignit au malade de garder le repos absolu dans le décubitus dorsal.

Un traitement général antiphlogistique fut institué. Le pénis fut relevé au-dessus du pubis et des lotions froides furent constamment appliquées. Grâce à ces moyens, le sang extravasé ne tarda pas à se résorber et au bout de quelque temps la guérison complète était survenue avec conservation de l'aptitude au coït.

OBSERVATION XI.

(In DEMARQUAY, p. 91.)

Le sujet du cas actuel est un Juif âgé de 45 ans, lequel, au retour d'une noce, s'endormit dans sa voiture, couché sur le dos, et fut réveillé tout d'un coup par une violente douleur partant de la verge en érection.

En voulant, pour calmer cette douleur, porter son pénis érigé

de gauche à droite, il ressentit, pendant qu'il le tournait, une douleur lancinante extrême et entendit un bruit crépitant analogue à celui que produirait une baguette de bois que l'on casserait en deux.

Tout aussitôt, les parties génitales se tuméfièrent; il y eut une énorme diffusion de sang; le membre prit une coloration bleu noirâtre et présenta au toucher une crépitation très nette.

La verge, courbée par le milieu, formait un angle que l'effort de la main parvenait seul à redresser.

Grâce à un traitement antiphlogistique et un pansement approprié, la guérison eut lieu en trois semaines. La courbure que présentait la partie moyenne de la verge ne disparut entièrement que lorsqu'il se fut formé à son niveau un cal annulaire dur, semblable à celui des os fracturés.

Il est un phénomène qui se produit en même temps que la douleur et qui ne fait jamais défaut. Il paraît même être le signe le plus constant sur lequel on doit se reposer pour conduire le diagnostic : c'est celui du relâchement de la verge.

Presque aussitôt, sinon immédiatement, la verge passe de l'érection à un état de flaccidité extrême que rien ne saurait vaincre. Et si le coït n'est pas terminé au moment de l'accident, en supposant que la rupture se soit produite au cours de rapprochements, il ne peut s'effectuer ou ne s'accomplit que d'une manière imparfaite. On a vu cependant des cas où la flaccidité de la verge n'atteignait pas ce degré extrême : une partie de l'organe, celle qui prend attache au pubis, est en demi-érection, tandis que l'extrémité située en avant de la solution de continuité pend, inerte et flasque.

La déformation qui suit le relâchement met sur la voie du diagnostic. Dès qu'elle s'est produite, la fracture provoque une courbure caractéristique. La verge, ployée en deux, ainsi que le dit Demarquay, ressemble « à un fléau dont l'angle est ordinairement saillant en haut et ouvert en bas ».

Cette courbure peut être néanmoins variable : suivant le

mode de production de la rupture, il peut se faire que la courbure du pénis soit concave en haut ou convexe en bas. Tel est le cas rapporté par Demarquay, dans lequel une plaie contuse du pénis avait amené des accidents à peu près semblables à ceux de la fracture et dont le mécanisme avait été le suivant :

« Un homme avait accompli le coït en plaçant sa femme sur lui. Dans un mouvement violent et désordonné, elle avait exercé une violente pression sur le pénis, alors fortement érigé, et avait provoqué une déchirure de l'organe. Des symptômes de fractures y furent constatés, et la verge, immédiatement anéantie, se déforma en se tuméfiant et s'inclina sur le pli de l'aîne, où elle reposa dans un état de demi-érection. »

D'autres fois, la déformation est latérale, suivant que la fracture a plus ou moins intéressé l'un ou l'autre des corps caverneux. Les phénomènes ultérieurs de la fracture seront plus ou moins graves, suivant que la lésion a atteint tout ou une partie des corps caverneux et suivant aussi que ces derniers ont été lésés à une distance du pubis plus ou moins grande.

Il est bien évident que si la fracture siège à la base de la verge, l'érection sera nulle, l'intromission impossible et, par suite, la stérilité complète. Si, au contraire, la verge a été fracturée en arrière du gland seulement, la fonction génitale sera peu ou presque pas modifiée. Le rapprochement sexuel pourra se faire sans trop de difficultés, et l'éjaculation ne subir que de légères modifications, sans être aucunement empêchée.

Presque en même temps que se produit ce relâchement, on constate un gonflement énorme de l'organe blessé : celui-ci prend des proportions considérables, atteignant fréquemment le double, le triple de son volume normal. En général, c'est l'aspect de sa verge œdématisée, pendante, inerte qui effraye le malade, l'amenant à consulter un médecin. La quantité de sang extravasé est variable, selon l'importance

de la lésion. Si celle-ci n'intéresse qu'une seule partie d'un corps caverneux, la suffusion sanguine est nettement circonscrite, se limitant à quelques centimètres et prenant, par la suite, l'aspect d'une tache ecchymotique banale, se résorbant naturellement et assez rapidement.

Dans d'autres cas, l'extravasation est si considérable qu'elle peut s'étendre au loin, en raison même de la laxité du tissu cellulaire sous-cutané. Le plus ordinairement, elle tend à gagner la région du prépuce, sans cependant abandonner le voisinage de la racine du pénis. La peau, à son tour, subit des modifications : elle devient rapidement noirâtre, livide parfois; l'infiltration se faisant très vite, la peau de la verge se colore en entier et quelquefois simule au premier abord une gangrène d'emblée. Peu à peu, cette coloration se modifie, en même temps que la douleur perd de son intensité. La teinte devient bleuâtre, verte, jaune, tout comme dans une contusion ordinaire.

Lorsque le traumatisme s'est accompagné de nombreux délabrements des corps caverneux, les vaisseaux, par leur attrition, et ceux-là peuvent donner naissance à un abondant écoulement de sang. Il apparaît à la superficie de l'organe une collection liquide, formant une véritable tumeur sanguine, molle, fluctuante, plus ou moins limitée, suivant l'importance du traumatisme et de la lésion organique. D'ordinaire, elle se forme rapidement si le traumatisme a été violent. Dans d'autres cas, elle peut être plus lente à apparaître, et c'est pour cette raison que les auteurs négligent ces bosses sanguines, en se remettant au seul soin de la nature de hâter leur disparition.

La résolution semble être le mode le plus fréquent de leur terminaison. Demarquay relate un cas où l'on a vu la mort survenir à la suite d'un essai d'ouverture par le bistouri d'une tumeur sanguine collectée au milieu du tissu caverneux.

Dans les jours qui suivent, cette collection, prenant de plus en plus l'aspect d'une poche bien limitée, donne à la

main qui explore une sensation particulière : on l'a comparée à une crépitation. Ce signe n'est cependant pas constant, et la crépitation peut faire place parfois, lorsque le traumatisme a été violent et a déterminé une vaste solution de continuité entre les corps caverneux et le tissu cellulaire sous-cutané, à la crépitation emphysémateuse.

Dès que la rupture s'est déclarée, on constate également une mobilité anormale du membre, qui est retombé en état de flaccidité. Cette mobilité, peu marquée au début, devient de plus en plus évidente à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'accident. La portion de l'organe située en avant du point fracturé reste pendante : elle oscille, en quelque sorte, et les oscillations sont d'autant plus marquées que la turgescence est diminuée. Il semble que toute attache avec la portion fixe du pénis soit rompue : elle se meut sur celle-ci à la manière d'une pseudarthrose, surtout au moment des tentatives d'érection. Tandis que le bout postérieur de la verge gonfle, s'érige et se durcit, la partie antérieure reste flasque, indépendante, comme si rien ne l'attachait désormais à la racine de l'organe.

C'est aussi à l'occasion de cette mobilité anormale que l'on peut percevoir la crépitation particulière due à l'épanchement sanguin en ce point.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des ruptures ne présente généralement pas de difficultés, car souvent le malade le fait lui-même, sur la simple constatation d'une douleur anormale s'accompagnant de la sensation particulière comparée à la section brusque d'une baguette de verre ou de bois.

Les conditions dans lesquelles s'est produit l'accident sont parfois, au contraire, difficile à établir : les malades, obéissant à un sentiment bien naturel de pudeur, se refusent souvent à donner avec précision tous les détails concernant leur lésion. D'autres fois, les circonstances particulières qui ont déterminé l'apparition de cet accident poussent le blessé à altérer plus ou moins la vérité, à la déguiser en partie, de façon à atténuer dans la mesure du possible l'effet moral qu'il redoute de produire chez le médecin qu'il va consulter. Quoi qu'il en soit, et se basant sur les divers symptômes qui ont accompagné ou suivi le traumatisme, on établira le plus souvent un diagnostic qui suffira pour admettre une fracture de la verge. Le diagnostic ne pourra, d'ailleurs, présenter de difficultés sérieuses si, tenant compte d'une part des circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident et des phénomènes qui l'ont presque aussitôt accompagné, on étudie d'autre part la mobilité exagérée de la portion antérieure et de la déformation ultérieure de la verge.

Cette mobilité, peu marquée au début, mais s'accroissant de plus en plus, devient plus évidente alors que la turgescence diminue. Enfin, la déformation de la verge, apparaissant presque immédiatement, est caractéristique de la lésion. Le pénis s'infléchit diversement, suivant que la fracture a

intéressé un seul ou les deux corps caverneux à la fois : la direction prise par l'extrémité antérieure de l'organe renseigne alors sur la nature de la lésion.

La crépitation perçue si souvent par le malade ne peut à elle seule servir de base pour établir le diagnostic. Parfois, en effet, cette sensation particulière peut passer inaperçue et même manquer totalement.

Parfois, au contraire, à l'occasion d'un traumatisme léger, comme difficulté dans l'intromission, on peut constater une petite déchirure de l'albuginée, sans qu'il y ait vraiment fracture, et s'accompagnant de cette crépitation particulière. Tout au plus, la crépitation, lorsqu'elle a précédé la mobilité et la déformation, ne doit intervenir dans le diagnostic que pour renforcer l'opinion que l'on a de la nature de l'accident.

Enfin, le point exact où siège la lésion est, en général, assez aisé à reconnaître. C'est à son niveau que siège le sommet de l'angle de flexion et que la douleur a son maximum d'intensité.

Le diagnostic différentiel ne se pose que fort rarement. Cependant, on peut hésiter au début, lorsque les phénomènes inflammatoires sont importants et masquent l'étendue de la lésion, s'opposant même à toute exploration permettant d'établir un diagnostic exact. Il ne faut pas oublier, en effet, que le pénis est une des régions les plus sensibles de notre organisme et que de simples contusions, voire superficielles, peuvent avoir un retentissement considérable, s'accompagnant de phénomènes divers pouvant simuler par leur intensité des lésions plus importantes.

La contusion simple du pénis, intéressant le tissu cellulaire sous-cutané et s'accompagnant d'une lésion des petits vaisseaux, a parfois des caractères communs avec la fracture de la verge, de même que la rupture de la veine dorsale. Ces deux lésions s'accompagnent rapidement d'une ecchymose envahissante qui tend à gagner les régions voisines. La peau devient noirâtre, livide, tout comme dans la fracture de

la verge; l'infiltration se fait rapidement, colorant en entier la peau de l'organe. Mais dans ces conditions, la douleur, au lieu d'être violente, syncopale parfois, comme dans la fracture de la verge, reste modérée. Enfin on ne constate aucune mobilité anormale, aucune déformation du membre, si ce n'est un gonflement exagéré du pénis.

Parfois, lorsque la contusion a été violente et profonde, comme dans le cas de rupture de la veine dorsale, les vaisseaux, par leur attrition, peuvent être à l'origine d'un abondant écoulement sanguin qui, se collectant en un point, peut donner lieu à une déviation de la verge simulant même un angle dont le sommet serait représenté par la collection sanguine. Mais d'ordinaire l'écoulement est lent à se colliger et peu à peu il se forme une véritable tumeur sanguine, fluctuante, nettement localisée, n'empêchant pas l'érection et augmentant même au moment de l'érection. Cette dernière constatation doit diriger le diagnostic du côté d'une contusion suivie d'un épanchement sanguin plus ou moins considérable. L'absence de la mobilité anormale ne fait que confirmer l'opinion les jours suivants.

Quant au diagnostic différentiel avec les ruptures de l'urètre, nous n'avons pas à l'envisager ici. Tout au plus peut-on le faire entrer dans le cadre des fractures de la verge lorsqu'à celles-ci s'adjoint une rupture de l'urètre. Mais le diagnostic en est d'autant plus aisé qu'aux signes propres des fractures du pénis s'ajoutent ceux de la lésion urétrale, en particulier les urétrorragies et les troubles profonds de la miction.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Il est rare qu'un processus inflammatoire succède à la fracture de la verge. Malgré tout, le pronostic doit toujours être réservé en prévision des complications possibles. En général, les soins qui sont immédiatement apportés triomphent rapidement de l'hémorragie quand elle existe, des spasmes quand il y en a, du délire s'il se produit.

Plus rarement, on a à lutter contre la formation d'abcès qui pourraient se produire aux environs du point fracturé ou au sein même de l'épanchement sanguin péripénien. Quoiqu'il en soit, malgré la rareté de ces complications, on peut observer dans certains cas la formation d'un anévrysme diffus succédant à une hémorragie considérable, la formation d'un abcès et enfin, mais beaucoup plus rarement, la gangrène de l'organe.

Mais, d'une façon générale, le pénis qui a subi de pareilles atteintes conserve rarement la même vigueur, la même énergie, la même sensibilité. Il se produit en lui une sorte de mortification vitale qui le frappe de discrédit, qui altère son ardeur, qui neutralise son activité. Il est désormais ankylosé et ne peut remplir que très imparfaitement les fonctions qui lui sont dévolues.

D'autre part, si à de pareilles considérations on ajoute la possibilité d'une déformation permanente de la verge, s'accentuant au moment de l'érection, on peut aisément se rendre compte qu'une lésion d'une telle nature puisse rendre à tout jamais impossible tout rapport sexuel. Deguise a eu l'occasion de donner ses soins à un homme qui se rompit les corps caverneux pendant le coït. Depuis lors, au niveau de la

déchirure, la verge est comme brisée, elle est pour ainsi dire en fléau; l'érection se fait bien, mais en deux temps, et d'autre part la verge est coudée à angle sur la partie correspondante de la rupture, ce qui apporte une grande gêne dans les rapprochements sexuels.

M. Richet a également vu un homme offrant une semblable lésion suivie de guérison. Mais, pendant l'érection, le pénis reste rétracté et courbé sur la face urétrale comme dans la blennorrhagie cordée.

Le pronostic doit donc être réservé, en tenant compte de ces considérations et surtout de la déformation possible de la verge. Boinet, dans une observation (*Gazette des hôpitaux*, 1852, p. 351), cite le cas d'un homme de 42 ans qui, à la suite de rapports sexuels, eut une fracture de la verge ne s'accompagnant pas des signes habituels, si ce n'est, le lendemain, d'un gonflement du prépuce. Ce ne fut que quinze jours après son accident qu'ayant voulu reprendre ses rapports sexuels il s'aperçut qu'il n'y pouvait parvenir, son pénis en érection étant tordu d'une manière bizarre. Depuis lors, à chaque érection, les mêmes phénomènes se représentent, rendant impossible tout rapprochement sexuel.

Dans de telles conditions il est assez aisé de comprendre qu'une telle affection ait un retentissement considérable sur le système nerveux des malades, d'autant plus que ceux-ci sont d'un âge relativement jeune, et les conduise à des actes que la morale reproche. Tuffier cite le cas d'un jeune malade à qui semblable accident était survenu et qui se livrait à l'onanisme avec excès parce qu'il ne pouvait avoir de rapprochements sexuels et arrivé à un état de névropathie tout à fait inquiétant.

Le plus souvent, les malades jeunes et qui ont conservé un semblant d'érection s'affectent rapidement, plus peut-être des déformations que des phénomènes douloureux ressentis. Leur attention est toujours portée sur leur lésion à la moindre érection. Ils deviennent tristes, hypocondriaques, exagérant leurs souffrances, rendant la vie pénible à leur entourage.

Cette obsession est telle qu'elle peut provoquer, comme le signale Tuffier, des idées de suicide.

Tels sont les résultats éloignés des ruptures, qui par eux seuls suffisent à porter un pronostic réservé. Il faut encore signaler d'autres complications possibles, peu fréquentes heureusement, et qui, lorsqu'elles existent, l'assombrissent encore plus :

L'anévrysme peut être en premier lieu l'une des complications les plus fréquemment rencontrées. Il succède, en général, à un traumatisme violent, s'accompagnant de délabrements considérables des tissus, rendant très difficile, parfois impossible, la cicatrisation de la lésion. L'épanchement sanguin abondant qui leur fait suite n'a pas tendance à s'arrêter, et, se collectant dans des régions voisines du point lésé, se constitue une poche dans laquelle le sang va s'enkyster. Dans d'autres cas, le sang chemine dans le tissu cellulaire et va s'étendre assez loin dans les régions avoisinantes, constituant un anévrysme diffus dont le point de départ est nettement localisé au niveau où siège la fracture. Par eux-mêmes, ces anévrysmes n'offrent pas de sérieux dangers, car ils se résorbent lentement, amenant la *restitutio ad integrum* des tissus lésés. Il est admis qu'il ne faut pas toucher à de pareilles tumeurs, car leur ouverture, si elle n'entraîne pas la mort, peut être le point de départ d'accidents infectieux, inflammatoires, pouvant déterminer de sérieuses complications.

OBSERVATION XII.

(FABRE, *Dictionnaire de médecine*, t. VI, p. 221, d'après ALBINUS.)

Un jeune militaire, au moment de l'érection, eut la verge fortement tordue par sa maîtresse. Il y éprouva une violente douleur et une tumeur s'y forma par la suite. Elle était sans changement de couleur à la peau et disparaissait complètement d'abord par la compression, puis difficilement et incomplètement; elle était molle comme un abcès, la peau qui la recouvrait était mobile comme

celle du reste du pénis. Pendant l'érection de la verge, la tumeur se gonflait à son tour, devenait dure et volumineuse. On la prit pour un abcès et on l'ouvrit malgré les remontrances d'Albinus, qui en avait reconnu la nature. Il en sortit du sang, et rien autre chose : l'hémorragie fut même très abondante; elle ne put être arrêtée et le malade succomba en peu de jours.

Albinus fit l'examen de la verge pour connaître le siège et la nature de la maladie : il trouva que l'un des corps caverneux était dilaté et formait une poche remplie de sang comme les véritables anévrysmes. Il sut, en outre, que pendant la vie la tumeur était plus petite et plus molle lorsque la verge était dans l'état de flaccidité et qu'elle devenait dure et volumineuse avec le reste du pénis pendant l'érection.

Boyer, de même, a vu à sa consultation de l'Hôpital de la Charité un anévrysme du corps caverneux, consécutif à une déchirure de celui-ci, du volume de la moitié d'une grosse noisette. La tumeur, molle, élastique, sans changement de couleur à la peau, disparaissait par la pression et n'offrait aucun battement. Boyer conseilla au malade de ne faire aucun traitement.

Avec l'anévrysme on cite également la gangrène de la verge, que l'on croit assez rare si l'on s'en rapporte à l'opinion classique. Demarquay a cependant la certitude que la gangrène est une complication fréquente des diverses lésions du pénis. Il ne saurait en être autrement si l'on parcourt la longue liste des causes capables de la déterminer. Il faut remarquer, du reste, que cette complication survient chez des sujets prédisposés, débilités, ou se livrant avec excès aux abus génitaux.

Elle a généralement pour point de départ une lésion du revêtement cutané; cependant il n'est pas toujours besoin de recourir à l'existence d'une plaie pour voir se manifester cette affection. Blandin, dans son service, a vu mourir un jeune homme d'une gangrène du pénis, déclarée à la suite d'une torsion violente de la verge pendant l'érection. Il avait

dû se produire une rupture fibreuse de l'albuginée, s'accompagnant également de rupture des corps caverneux avec épanchement.

Il est rare que la gangrène se limite aux enveloppes de la verge : le plus souvent, elle envahit le scrotum, donnant ainsi naissance à un état excessivement grave, avec fièvre, pouls petit, respiration rapide, déchéance générale. La mort est, en général, l'aboutissant de cet état.

Huguier (Soc. de chirur. de Paris, 27 avril 1833) rapporte le cas d'un palefrenier qui, à la suite d'une fracture de la verge, eut son membre atteint de gangrène et succomba après avoir présenté les signes les plus graves d'une atteinte générale et souffert intensément.

La gangrène des tissus n'amène pas toujours une issue fatale, elle peut très bien guérir si elle est traitée avec énergie, mais la guérison ne met pas à l'abri des complications lointaines communes aux fractures de la verge, à savoir la déviation permanente qu'elle présentera.

De même, il faut signaler comme complication lointaine les rétrécissements de l'urètre, avec toute leur symptomatologie et leurs conséquences, lorsque la rupture a intéressé à la fois et le tissu érectile et le canal urétral. Ces rétrécissements, joints aux complications précédentes et à la formation vicieuse d'une cicatrice au niveau du trait de fracture, ne font qu'aggraver un pronostic déjà assombri par l'étendue du tissu érectile lésé.

La formation de la cicatrice est certainement la question la plus délicate à ce point de vue; car c'est d'elle, ainsi que de l'opportunité d'un traitement que dépendra plus tard le retour normal d'un organe à ses fonctions normales.

TRAITEMENT

Ainsi donc, puisque le pronostic dépend en grande partie de l'opportunité du traitement, il ne nous reste plus qu'à envisager quelle est la conduite à tenir en face d'une rupture confirmée de la verge.

La majorité des auteurs s'accordent à ne reconnaître qu'un seul traitement : c'est le traitement antiphlogistique, lorsque les phénomènes inflammatoires sont nettement accentués, résolutif à l'aide de compresses humides froides et même application de glace sur l'organe. Les raisons qu'ils en donnent, c'est qu'il n'y a pas lieu de chercher à réduire la fracture, et encore moins de la maintenir réduite. Ce résultat s'obtiendrait tout naturellement sous l'influence de résolutifs et du repos au lit.

Pour Demarquay, un tel traitement serait seul possible, étant données la complexité anatomique de la région, la difficulté à intervenir par le bistouri dans une région aussi richement vascularisée et surtout la difficulté qu'aurait le praticien à suturer les mailles des corps caverneux.

Legueu, de son côté, n'envisage qu'un seul traitement : c'est l'application de compresses froides, légèrement compressives, avec repos absolu au lit. Il pense qu'il n'y ait pas grand avantage à inciser l'hématome et à chercher à suturer la gaine déchirée du corps caverneux. Cette conduite ne mettrait pas à l'abri des déviations consécutives possibles.

Pour Reclus, également, les applications locales et le repos sont les seules directives que doit suivre un traitement.

De leur côté, les auteurs étrangers accordent une prépondérance au traitement résolutif. Ainsi, dans les observations de Valentine Mott, de Zubkowsky (*Beitrag zur Kasuistik der*

fracturen der penis beim coitus. Wratschellbnaja. Gaz., 1903, t. X, p. 621), le traitement institué a été résolutif.

Cependant, malgré la tendance que l'on a à accorder une place prépondérante au traitement antiphlogistique, le docteur Alivazatos, pour arrêter la marche envahissante de l'hématome et réduire au minimum le processus cicatriciel de la lésion, n'a pas hésité à instituer dans un cas un traitement chirurgical.

Rodolfo Redi, de son côté, n'hésite pas à intervenir lorsque l'état de la lésion commande une intervention.

Enfin, dans un cas récent, M. le docteur Blanc (de Bordeaux) est intervenu chirurgicalement chez un malade, et, malgré la complexité de la région, a obtenu par la suite des résultats entièrement satisfaisants, puisque le sujet constatait lui-même le retour absolu et total aux fonctions normales de son organe blessé.

En résumé, on peut dire que le traitement de la fracture de la verge peut reconnaître deux méthodes :

- 1° Une méthode sanglante;
- 2° Une méthode résolutive.

Les praticiens qui demandent l'intervention s'appuient sur les directives suivantes :

- 1° Large débridement de l'hématome;
- 2° Suture des corps caverneux et de l'albuginée; la suture favorise l'hémostase des corps caverneux;
- 3° Suture de la peau;
- 4° Immobilisation dans une gouttière ou en position droite moyennant un petit appareil à traction et d'emplâtre adhésif.

I. — INDICATIONS DE LA MÉTHODE SANGLANTE.

En général, ce traitement est excellent et donne de bons résultats. La coaptation des corps caverneux, l'hémostase, la

cicatrisation, sont parfaites, d'où réduction au minimum de la déviation de la verge.

Ce traitement est surtout indiqué dans les cas d'hématomes étendus, offrant peu l'espoir d'une résorption spontanée avec solution de continuité importante des corps caverneux.

II. — MÉTHODE RÉSOLUTIVE.

Elle est surtout indiquée dans les cas d'hématomes peu abondants, nettement circonscrits, avec solution de continuité peu importante. La diffusion sanguine paraît céder à des applications locales de glace. Il est également recommandé dans ces cas, après s'être bien assuré du début de la résorption, de fixer l'organe en bonne position et de l'y maintenir par de petites gouttières en carton, usant même avec précaution de la mise en place d'une sonde à demeure assez rigide, non métallique, pendant quelques heures par jour, et non la nuit.

Ce traitement donne, en général, de bons résultats au point de vue de la miction et des fonctions sexuelles.

OBSERVATION XIII.

(Valentine MOTT, *Recueil de l'Académie de médecine de New-York.*)

Traitement antiphlogistique.

C... (B.), jeune médecin de 35 ans, non marié, vint me consulter le 13 mars 1848. Il me fit, plein de terreur, l'histoire du cas qui suit : en se levant, un jour, il trouva son pénis dans un complet état d'érection; s'habillant à la hâte, il appliqua sa main sur le côté gauche de son membre et le poussa vigoureusement dans ses caleçons. A ce moment, il entendit un craquement et éprouva la sensation d'une déchirure profonde. Un gonflement énorme se manifesta aussitôt dans le pénis, qui doubla de volume sans présenter la rigidité qui caractérise l'érection.

Sa première pensée fut qu'il avait fracturé son membre, une

douleur poignante existant dans ce point. Je le vis quelque temps après et je constatai que le volume de l'organe avait triplé : il était mou et couleur rouge sombre. Le sang extravasé atteignait le bout du prépuce.

Dès qu'on essayait de porter la verge à droite, le malade éprouvait une vive douleur dans un point du corps caverneux gauche, situé environ à un demi-pouce du scrotum.

La déclaration du malade et le triste aspect de l'organe ne permettaient pas de douter de la fracture du corps caverneux gauche. J'avisai le docteur de garder le repos dans la position couchée, de relever le pénis au-dessus du pubis et d'user de frictions d'eau-de-vie camphrée.

Dans la soirée, le membre avait grossi démesurément, la région du pubis était très tuméfiée et le gonflement avait même envahi le côté gauche du scrotum. Il était question maintenant de sangsues. Mais, craignant que leur application ne déterminât une inflammation érysipélateuse, j'avisai au moyen suivant : une vessie remplie partiellement de glace brisée serait maintenue appliquée sur les parties affectées, la nuit durant, le pénis étant maintenu relevé au-dessus de l'abdomen.

Une érection partielle se produisit cependant pendant la nuit : celle-ci détermina une douleur très vive au niveau de la partie lésée, mais le malade en eut vite raison en renouvelant la glace. Le lendemain, la tuméfaction du pénis diminua sensiblement, mais l'ecchymose s'était étendue jusqu'au scrotum.

Le malade voulut persévérer dans le même traitement. Les jours suivants, la couleur des parties atteintes était encore devenue plus sombre. Les téguments du pénis commençaient à prendre une teinte livide et le doigt promené sur le côté gauche de l'organe ne parvenait pas à découvrir le siège de la lésion. Le jeune médecin se trouva bientôt en état de supporter la voiture et de continuer ses visites. Il avait la précaution de maintenir le pénis relevé et l'humectait de temps en temps avec un linge imbibé d'alcool camphré. L'inflammation diminuait de jour en jour, au point qu'elle avait complètement disparu à la date du 10 mai; seule, la teinte ecchymotique persistait sur le scrotum principalement. Le malade

déclare qu'une violente douleur accompagne l'érection et que le pénis s'est incurvé du côté gauche. Sur une longueur d'un pouce anglais, il s'était produit un épaississement considérable du corps caverneux. Cet épaississement était sensible au toucher comme à la vue et il présentait quelque analogie avec un tendon d'Achille qu'on aurait coupé.

Le 5 juin, le jeune médecin m'informe qu'il ne ressent plus aucune douleur et que l'extravasation ne laisse plus de traces; la courbure et la rigidité se sont atténuées. En un mot, cet organe paraît être complètement revenu à sa condition normale.

Enfin, il est d'autres cas pour lesquels une complication directe du traumatisme a été une rupture de l'urètre. Celle-ci est en elle-même une très grave complication, point de départ, à son tour, de complications secondaires très graves, comme infiltration d'urine, très souvent gangrène du pénis, ischurie. Le traitement consiste ici dans la mise en place d'une sonde à demeure dans l'urètre si celui-ci la tolère. Sinon, il y aurait lieu de procéder à une urétrotomie externe avec reconstitution plastique du pénis.

CONCLUSIONS

En résumé, si les fractures de la verge sont des accidents relativement peu fréquents, elles méritent de retenir l'attention du praticien, d'abord pour leurs complications, pour leur pronostic et, enfin, pour leur traitement.

I. — Par leurs complications immédiates, telles que hémorragie considérable au niveau du point lésé, anévrysme diffus, abcès et gangrène possible; ou lointaines, comme rétrécissement du canal urétral lorsque la lésion a intéressé l'urètre, formation d'une cicatrice vicieuse rendant à peu près impossible l'érection complète du pénis. Elles peuvent retentir fâcheusement sur l'état psychique du malade.

II. — Par leur pronostic, qui doit être réservé dans une certaine mesure, du fait même de ces complications, et qui doit bénéficier largement de l'opportunité d'un traitement.

III. — Par leur traitement, qui doit être, nous semble-t-il, de plus en plus chirurgical. C'est à une bonne intervention, dont la technique aura été bien réglée, que le malade devra de recouvrir intégralement les fonctions d'un organe blessé. Celui-ci, livré aux seuls soins de la nature, risquerait fort de subir des modifications nuisibles quant à son fonctionne-

ment. L'intervention sanglante s'inspirera des données suivantes :

- a) Large débridement de l'hématome et évacuation;
- b) Suture des corps caverneux et de l'albuginée;
- c) Suture de la peau;
- d) Immobilisation du pénis dans un petit appareil gouttière avec emplâtre adhésif.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 21 octobre 1931.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIVAZATOS. — Sur un cas de rupture du pénis. *Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris*, 1911, p. 218.
- BAKO (S.). — Fractura penis esete. *Orvositreti Szeuile*, Budapest, 1896.
- BLANC (H.). — Sur un cas de fracture de la verge. *Soc. franç. d'urologie.*, nov. 1931.
- BLANDIN. — *Gaz. des hôp.*, 1837, p. 246.
- BOINET. — Rupture probable d'un des corps caverneux de la verge. *Gaz. des hôp.*, 1852, p. 351.
- BOTESCU. — Rupture corpilar cavernosi di vergi. *Spotalul*, Bucarest, 1897, p. 332.
- DE AREILZA (E.). — Fractura del Pene. *Rev. de Ciencias med.*, Barcelona, 1886, XXXIII, 77.
- DEMARQUAY. — Fracture de la verge.
- ENGLISCK. — Rupture de la verge dans le coït, *Krankenamt Rudolf Stibung*, 1878, p. 341.
- ESTLANDER. — Fall of rupture penis. *Finska lak sallsk landt hel-singsbers*, 1872, p. 46.
- FONTAN. — Rupture des corps caverneux. *Gaz. des hôp.*, 1865, p. 98.
- HUGUIER. — Rupture partielle des corps caverneux. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1852, p. 514.
- KROG (A.). — A case of fracture of the Penis. *Medical Record*, New-York, 1892.
- LOUGKLEIN. — Rupture of the corpus spengiosum. *Hosp. gaz. New-York*, 1878, p. 116.
- MALIS. — Rupture de la verge, *Arch. f. Klein. chir.*, t. CXXIX, 1924, p. 651, et *Journ. de chir.*, 1924, p. 375.

- MENDE (L. M. E. M.). — Die Sogenannte Fractur der Penis nebst Mitterlung eines neuen Falles der Chirurgischen Klinik zu Greifswald. *Greifswald*, 1893.
- MOTT VALENTINE. — A case of rupture of the Penis. *Hosp. gaz. New-York*, 1852-1879, p. 357.
- PARKER. — *Gaz. med.*, 1849, p. 928.
- RABÈRE et LANDE. — Rupture sous-cutanée de la verge par arrachement. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 janvier 1911.
- RATHEBURN. — Rupture of corpus cavernosum. *Cin. Lancet and obst.*, 1866, p. 310.
- RECLUS. — Affections du pénis. *Traité de chirurgie*, 2^e éd., t. VII.
- RODOLFO REDI. — Un cas de fracture du pénis. *Journ. d'urol.*, 1926, t. XXI-XXII, p. 37.
- RUTTER (C.). — Rupture der corpora cavernosa penis. *Med. chir. central*, p. 469, Wien.
- SELIGNAC. — Des accidents du coït. Thèse 1864.
- SELIGMANN. — Rupture des corps caverneux du pénis. *Vrtlj schr f. frakt. Heilk.*, Prague, 1857, p. 75.
- TANESCO. — Rupture de la verge par arme à feu, restauration, guérison. *Journ. d'urol.*, 1912, p. 87.
- WILLIAMS (G. H.). — Fracture of the penis. *Medical Record*, New-York, 1892, p. 320.
- WITNER. — Casuistische Beiträge zur Fractura penis. *Allgem Wiener Medical Zeitung*, 1907, nos 15 et 16.

